
CONCEPTUL DE PSIHOZĂ ENDOGENĂ LA SFÂRȘITUL PRIMULUI DECENIU AL SEC.XX

**Dr.Mircea LĂZĂRESCU; Dr. Ileana-Pepita
STOICA,
Clinica Psihiatrică “Eduard Pamfil” Timișoara**

Prezentarea autorilor

■ Prof.Dr.Mircea LAZARESCU



- Profesor de psihiatrie la Universitatea de Medicină și Farmacie Timișoara. Se preocupă de psihopatologia și evoluția pe termen lung a psihozelor funcționale din 1980.
- E realizat la Clinica din Timișoara un Registru de cazuri pentru psihoze, care sunt urmărite longitudinal evolutiv din 1985.
- Lucrări pe care se bazează această expunere:
- Bazele Psihopatologiei Clinice – Editura Academiei Române, 2010;
- Psihopatologie descriptivă (în colaborare), în curs de apariție la Ed.Polirom.
- Articolele publicate în ultimul an în Revista Română de Psihiatrie și Revista Psihiatru.ro
- - Conceptul actual de psihoză;
- - Tulburarea bipolară în perspectiva psihopatologiei. Doctrina evolutionista și fenomenologia existențialistă;
- - Delirul în perspectiva structurii ierarhice a sinelui;
- - Teoria minții (ToM) și psihiatria, psihoterapia și simptomele de prim rang Schneider;
- - Spectrul bipolar și spectrul schizofren.

MIRCEA LĂZĂRESCU

B A Z E L E
PSIHOPATOLOGIEI CLINICE



EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE

- **Dr.Ileana-Pepita STOICA**

- - *medic primar psihiatru*: conform certificat eliberat prin Ordin al Ministrului Sănătății nr. 1200/2009
- - psihoterapeut- abordare sistemică și terapie familială, 2004
- - co- formator în psihoterapie familială sistemică din XI 2007 și formator din martie 2009
- - Formator pentru servicii de intervenție în criză

Motivația cursului

- Psihoza este un concept mult folosit în psihiatria din ultimul secol dar înțelesul său nu este în prezent clar precizat.
- DSM-III (1980) și actualele sisteme DSM-IV-TR și ICD-10 nu au o concepție clară asupra psihozei, fapt ce conduce la derută și confuzii în practica psihiatrică și cercetare.
- De aceea, în ultimul deceniu echipele ce se preocupă de redactarea DSM-V și ICD-11 depun o intensă activitate teoretică și practică în această direcție. E important ca psihiatrii actuali și tinerii în formare să beneficieze de informații asupra acestor eforturi.
- Informații se pot obține din cartea:

C.A. Tamminga (et.al) Deconstructing Psychoses, 2010

DECONSTRUCTING PSYCHOSIS

Refining the Research Agenda for DSM-V

Edited by

Carol A. Tamminga, M.D.

Paul J. Sirovatka, M.S.

Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.

Jim van Os, M.D., Ph.D.

PLANUL CURSULUI

- Scurt istoric al conceptului de psihoză în clinica psihiatrică;
- Conceptul de psihoză în DSM-III-IV și problemele ce le ridică;
- Simptomatologia psihozei;
- Orientări actuale fenomenologice și neurobiologice în domeniul psihozei;
- “Primul episod de psihoză” ca problemă a perspectivei longitudinale a psihozei;
- Concluzii

1.Scurt istoric al conceptului de psihoză în clinica psihiatrică

-
- Termenul de psihoză a fost introdus în 1845 de psihiatrul austriac Ernst von Feuersleben pentru a diferenția între “nevrozele” care au importante tulburări psihice și cele care nu au.
 - In sec.XIX el a interferat cu termeni ca mania, delirul, demența, paranoia, cu referință predominant la tulburări cognitive ale perceperii, înțelegerii și testării realității.
 - Kraepelin pune accentul pe dihotomia între schizofrenie (demența precoce) și psihoza maniaco-depresivă. El a acceptat și cazuri intermediare între acestea precum și psihozele delirante sistematizate de tip parafrenie și paranoia.

-
- Paranoia, ca psihoză endogenă, a fost descrisă ca un delir cronic nehalucinator (Gaup) comentându-se diverse forme clinice : delirul senzitiv-relațional (Kretschmer), erotomania (de Clerambaud), delirul dermatozic (Ekborn), dismorfofobia, delirul de descendență ilustră, de gelozie etc. În tradiția franceză au fost comentate psihozele scurte – bufeuri delirante – și delirul cronic halucinator (neschizofren).

Leonhard (în tradiția Kleist Wernicke) a descris pe lângă psihozele sistematizate (de tip schizofren și parafren):

- și cele fazice (maniaco-depresive); psihozele monopolar depresive, monopolar maniacale și cele cicloide, care prezintă manifestări polare (de motilitate, confuzive, de anxietate – extaz). Psihozele cicloide au beneficiat de studii speciale din partea lui Perris și Brockington iar tulburarea monopolar depresivă a fost individualizată de Angst și de Perris.

-
- Formele grave de patologie obsesivă au fost încadrate în psihoze (Janet, Minkowski, Hollander).
 - Bönhoffer a comentat “psihozele exogene” condiționate de suferințe corporale generale și de tulburări cerebrale.
 - Psihoza, mai ales sub forma delirului megaloman a constituit o cazuistică clasică în sifilisul cerebral (PGP). Descrierea psihozelor epileptice ocupă un spațiu important în tratatele de psihiatrie din sec.XX, alături de psihozele etilice și toxice.

 - Psihozele reactive au fost mult timp un diagnostic oficial în țările scandinave (Winner, Strömngren). La mijlocul secolului XX studiile de deprivare senzorială au atras atenția asupra psihozelor ce apar în acest context.

-
- Psihiatria transculturală a atras atenția asupra unor sindroame psihotice speciale ce se întâlnesc în diverse arii culturale (Kora, Latah, Widigo). Psihoza a fost asociată cu stările de transă și de extaz.
 - Ultimul studiu teoretic sistematic asupra psihozelor endogene l-a realizat Janzarik în lucrarea de orientare Gestaltistă :

Strukturdynamische Grundlagen in Psychiatrie, Enke, 1988.

Consensul psihiatrilor că psihoza se întâlnește în toate capitolele psihiatriei se menține și azi. Edificatoare e sinteza lui :

Fuji D, Ahmed H (eds), 2007.
The spectrum of Psychotic Disorders, Cambridge University Press.

Cartea are următoarea structură:

Tulburări psihotice primare: schizofrenie, schizofrenia la copii și adolescenți; schizofrenia la vârste înaintate, tulburarea schizo-afectivă, tulburarea schizofreniformă și tulburări psihotice scurte, tulburarea delirantă.

Tulburări afective : psihoza în tulburarea bipolară, psihoza în depresia majoră.

Tulburări neurologice de dezvoltare și genetice : psihoza în disabilitățile intelectuale, sindrom velo-cardio-facial, psihoza în autism.

-
- Abuzul de substanțe și medicamente: psihoza indusă de cannabis, de cofeină; metamfetamine; de medicație.
 - Tulburări neurodegenerative : secundare bolii Alzheimer, demența cu corpus Levi, boala Parkinson.
 - Tulburări ale sistemului nervos central : psihoze cauzate de traumatismele cerebrale, în epilepsie; care urmează accidentului cerebro-vascular; la pacienții cu tumori cerebrale, secundare infecțiilor; secundare bolilor inflamatorii și demielinizante.
 - Deprivare senzorială
 - Ipoteza autorilor e de a examina psihoza ca un “sindrom neurobiologic” similar cu afazia și apraxia. Structurile cerebrale afectate ar cuprinde:
 - axa fronto-striatal-talamic-cerebelos;
 - axa fronto-striatal-hipocampică.

Schizofrenia

B. Alzheimer

psihozе delirante
pernistente

tumor
traumatic

tulburări afective
recurente
depresi
manie

infecti
autism
epilepsie

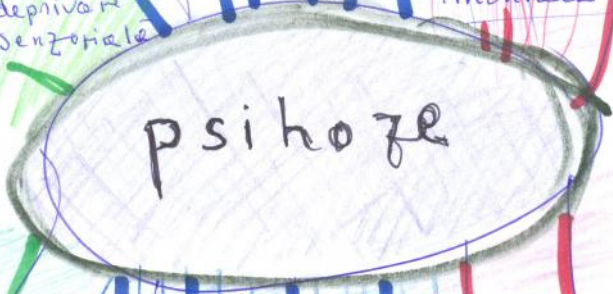
psihozе acute
si tranzitorii

alcoholism
intoxicatii

psihozе reactive

deficienta
mentala

transa
deprivare
senzoriale



endogen

reactiv

(functional) ORGENIC

determinism

2. Conceptul de psihoză în DSM-III-IV și problemele ce le ridică

-
- DSM-III (1980) a exclus noțiunile de nevroză și de endogenie. Privitor la psihoză, manualul se exprimă în Glosar-IV-TR astfel :

Definiția restrânsă a psihozei se referă la prezența delirului și a halucinațiilor accentuate, fără insight. O definiție mai relaxată acceptă halucinațiile proeminente dar criticate. O definiție largă include alte simptome pozitive ale schizofreniei (s.n.) (vorbire dezorganizată, comportament serios dezorganizat sau cataton). Spre deosebire de aceste definiții bazate pe simptome, în DSM-II și ICD-9 accentul era pus pe gravitate și dezadaptare.

Termenul a mai fost definit conceptual ca și pierdere a limitelor eului și gravă alterare a testării realității. Diferite tulburări din DSM-IV subliniază diferite aspecte ale variatelor definiții a ceea ce e "psihotic".

Scrisă altfel, caracterizarea adjectivului “psihotic” în DSM-IV-TR se prezintă astfel :

■ **A**

Deliruri si halucinatii accentuate

(halucinatii criticate?)

Delir halucinator

A

B

Alte simptome ale schizofreniei pozitive accentuate

vorbire dezorganizata, comportament grav, dezorganizat sau cataton

“pierderea limitelor eului”

alterarea testarii realitatii

dezorganizare

B

-
- In DSM-IV-TR nu se acceptă că tulburările dispoziției, mania și depresia, pot constitui prin ele însuși o stare psihotică. Vom reține totuși această eventualitate, pe o posibilă poziție C.

Comentarea definiției din DSM-IV-TR și problemele ce le ridică

- Definiția din DSM-IV-TR e simptomatică și nu conceptuală;
- Ea face referința explicită la schizofrenia pozitivă pe care o sugerează ca referențial de bază;
- În definiția (obiectivantă a) termenului nu există nici o referire la diferența funcțional (endogen) versus organic (sau psihogen);
- Episodul maniacal și depresiv, chiar în formele lor grave, nu sunt considerate ca psihotice prin ele înșile; și deci nici Tulburarea Bipolară (I) sau cea Monopolar Depresivă. Episoadele afective sunt considerate ca “putând avea variante cu aspecte psihotice”.
- O parte a schizofreniei (cea cu simptome predominant negative) este exclusă din aria psihozei.
- Prin concepția strict categorială a DSM-IV-TR nu e posibilă analiza continuumului între psihoză și stările prepsihotice. De exemplu în cazul delirului monotematic (senzitiv relațional, de gelozie, dismorfofob etc.) e dificilă diferența între faza prevalențială și cea delirantă. La fel, în cazul prodromului din schizofrenie. Deoarece definiția psihozei în DSM-IV-TR se bazează pe simptomatologie, e necesară analiza mai detaliată a semiologiei psihozei.



3.Simptomatologia psihozei

DSM-IV-TR pune accentul pe definirea psihozei prin prezenta acestei simptomatologii grupate in doua mari zone :

A
Delir halucinator

B
Dezorganizare

Aceasta schema poate fi mentinuta cu unele precizari. Propunem dezvoltarea ei in urmatorul sens:

A

1. Delir cu distorsiune perceptiva (halucinator)
2. Simptome de prim rang Schneider (s.p.r.S.)

B

1. Dezorganizare ideo-verbala si comportamentala cu catatonie
2. Depersonalizare
3. Stereotipii si deficienta filtrului informatiei

C. Sindromul dispozitional afectiv psihotic (psihoza maniaco-depresiva)

■ Aceste nuanțări sunt făcute deoarece :

- Schizofrenia paranoida care e luata ca prototip la DSM-IV-TR isi are specificul in s.p.r.S. care sunt diferite de structura propriu zisa a delirului a carui prototip e delirul sistematic monotematic.
- Schizofrenia negativa s-ar cere si ea inclusa in patologia psihotica fapt ce necesita comentariul depersonalizarii si a deficitelor de filtru informativ (tulburari neurocognitive), de care se coreleaza stereotipiile si unele simptome din autism.
- Intensitatea si modalitatea psihotica de manifestare a maniei si depresiei, in stilul lui Kraepelin, s-ar cere avut in vedere in cadrul unei regandiri a conceptului de psihoza.

A-----**B**

A1. DELIRURI SI TULBURARI PERCEPTIVE

Psihoza e cel mai des identificată cu tulburările delirant-halucinatorii.
E.g. episodul maniacal sau depresiv e considerat ca având “aspecte
psihotice”
 (“psychotic feature” DSM-IV-TR) dacă are simptome delirant
halucinatorii

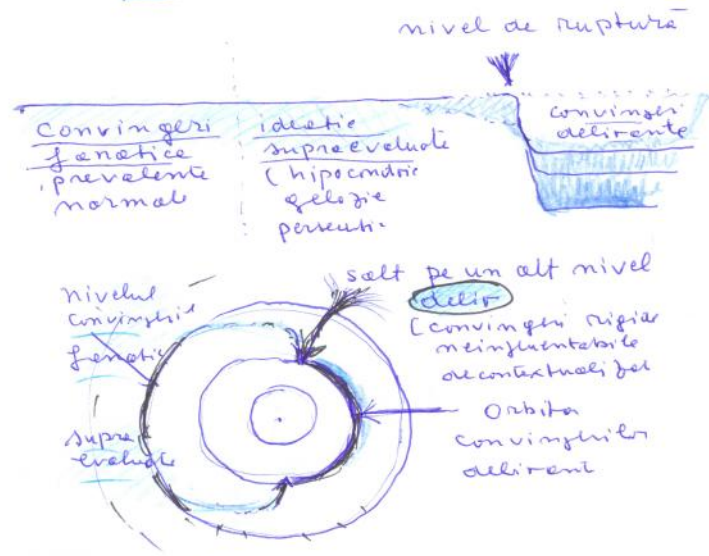
-
- Prin delir se înțelege tradițional o convingere absolută și rigidă într-o idee neadevărată sau absurdă, ce nu poate fi modificată prin argumente. Delirul rupe psihismul de context și condiționează o deteriorare alienantă a relaționărilor.
 - Delirul poate fi comentat cel mai pregnant în varianta delirului sistematizat monotematic: (teme : hipocondrie, dismorfofobie, gelozie, erotomanie, tematica senzitiv-relațională, de descendență modificată, de invenție etc.)
 - Delirul sistematizat se plasează într-un continuu cu normalitatea.

convingeri
fanatice
(normale)

ideeție
prevalentă
evaluată pe
scala Neziroglu

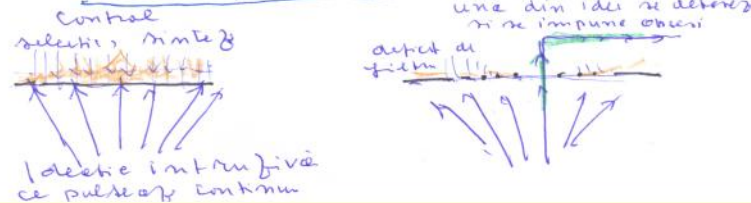
convingeri
delirante
cu intensitate
evaluată cu
scala Oltmans

Problema continuumului intru normalitate si delir



Studiile epidemiologice (van Os et al) indică că 5% din populatia generala are trambitariu ideeie delirant

Situatie poate fi comparata cu distorsionalitate



■ **A.** ----- **B**

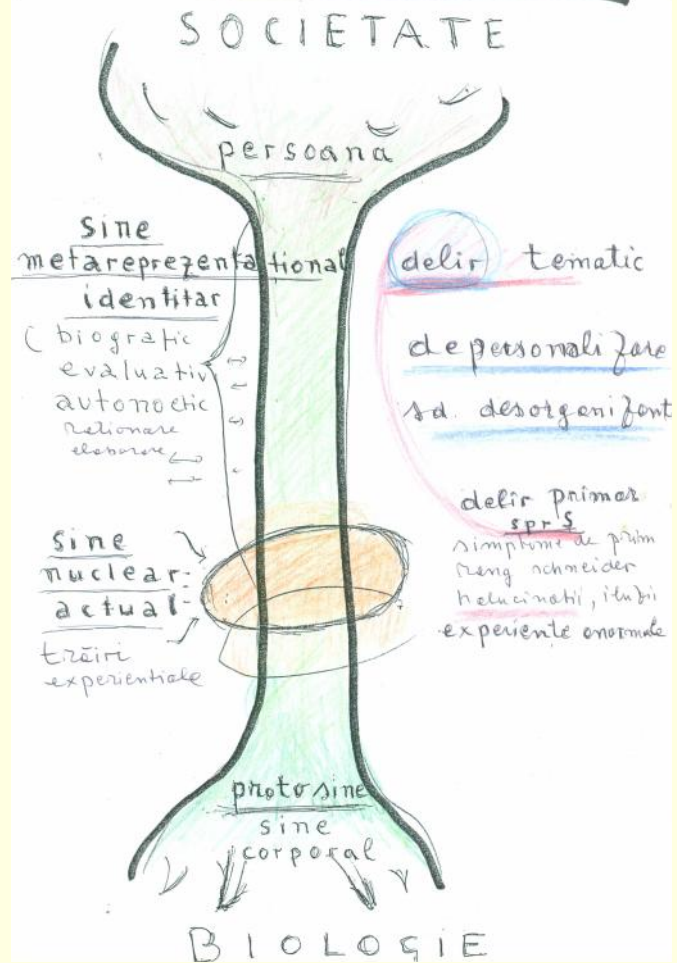
In ultimele două decenii s-au impus trei mecanisme, promovate de cognitivism, de interpretare a genezei și persistenței anormale a convingerilor delirante anormale (cu accent pe delirul monothematic sistematizat).

1. Experiențe (perceptive) anormale (anomalous experience = a.exp.) urmate de raționament normal

2. Tulburări în procesul de inferență rațională ("jump to conclusion") (Hemsley & Garety, 1986) atribuirea distorsionată (Bentall, 2000)

3. Deficiențe în respingerea convingerii delirante

arborele Sineei ("self")



■ **A**-----**B**

- **A1**.Experiențe anormale (ex.an)
- Ca experiențe anormale (ex.an) au fost invocate în primul rând tulburări perceptive, considerate uneori ca interpretări eronate a unor percepții corecte sau a unei iluzii.
- pacientul detașează o percepție din context și îi dă o semnificație supraevaluată sau distorsionată. E.g. percepe soția discutând cu cineva și îi interpretează zâmbetul ei ca avansuri erotice făcute străinilor;
 - percepe gustul amar al mâncării și interpretează că familia vrea să îl otrăvească;
 - percepe o senzație de arsură pe piele și interpretează că e provocat de prezența unor insecte subcutanate.
- uneori percepția poate fi realmente neclar sau modificată, de ex, în recunoașterea feței altora (aprosopognozice) conducând la concluzia că părinții au fost substituiți.

-
- O problemă a acestei interpretări constă în definirea “experienței actuale”.
 - Experiența actuală anormală poate să nu fie una perceptivă ci o empatie, un sentiment sau o expereință de influență transparentă.
 - Ex.an din delir se cere diferențiată de suprasemnificarea ceneștopatiilor din anxietate.
 - Ex.an poate exprima o tulburare a filtrului care ierarhizează informațiile în funcție de semnificațiile și importanța lor.
 - Doctrina ex.an se corelează cu tulburările perceptive de semnificație din stările senzitiv relaționale și trăirile de referință

■ **A**-----**B**

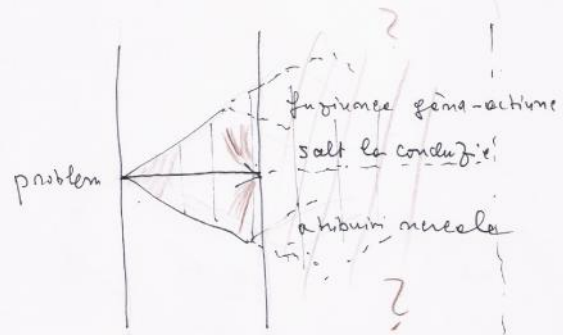
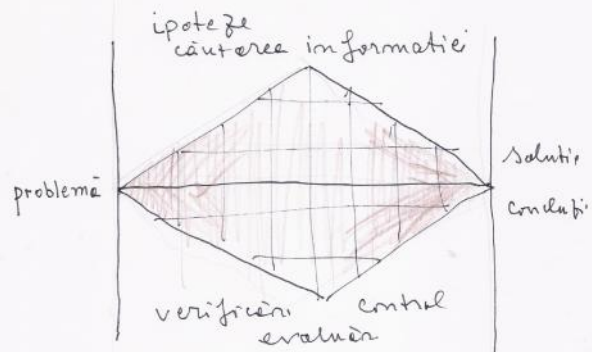
■ **A2** Tulburările de inferență rațională au fost studiate inițial în perspectiva saltului spre concluzie – (“jump to conclusion” - j.c.).

■ Receptând o informație subiectul nu o mai supune procesului obișnuit de prelucrare :-
completarea cu alte informații; - compararea cu datele mnestice; - verificarea; - calculul probabilistic; - evaluarea consecințelor logice; - raportarea la context etc. Ci sare direct la concluzii.

■ Concluzia stabilită rapid, direct și necrotic rămâne fixă rigidă, definitivă.

-
- Tulburarea j.c. a fost inserată de cognitiviști într-un grup mai larg de tulburări inferențiale din care face parte: - “fuziunea act-gândire”; - dacă mă gândesc că ceva e posibil să se fi petrecut, acest fapt s-a petrecut; - faptul că mă gândesc că un lucru e posibil (e.g. copilul meu s-ar putea să aibă un accident) mărește probabilitatea că acest lucru să se întâmple.
 - Fuziunea act-gândire se întâlnește frecvent în formele grave de obsesionalitate, care se cer considerate psihotice.
 - Tulburări de atribuire (Bentall) : subiectul atribuie automat cauza evenimentelor petrecute unui factor exterior, altor persoane, stă la baza sensibilității relaționale și paranoide.

Scurtcircuitarea rationalamentului



A

B

1.

2.

3. Deficiențe în respingerea
convingerii delirante

Al treilea mecanism studiat se referă la problema :
de ce dacă s-a ajuns
la o concluzie eronată, ea nu este ulterior respinsă prin critică?
A.Frankish, A.Davis, M.Davis - 2009

■ Procesul normal de gândire (de inferență rațională) operează cu seturi variate de ipoteze care se desfășoară într-un câmp probabilistic, pe modele posibile de realitate. Intre acestea sunt și ipoteze extreme, posibile doar rar sau în cazuri excepționale, dar care nu trebuiesc ignorate.

Faptul că se formulează ipoteze – sau se avansează idei – marginale situației și informațiilor existente face parte din normalitate (e.g. : sunt bolnav, soția mă înșeală, alții mă spionează, sunt persecutat etc.). În patologie se realizează două aspecte anormale:

- trecerea în prim plan a unei ipoteze (idei) periferice;
- nerespingerea acesteia de către prelucrări informative și raționamentul subiectului, cu persistența sa patologică.

Mecanismul acestui proces este în studiu; el vizează :

- patologia delirantă prin convingerea în realitatea afectivă a unor ipoteze nereale, obsesive;
- patologia obsesiv-compulsivă, prin detașarea unor idei intrusivă și preocuparea repetitivă, egodistonă, obsesivă, cu ele.

Patologia delirantă și cea obsesivă se întâlnesc și la acest nivel, la fel ca în cazul apropiării între j.c. și j.a.c.

■ **A**-----**B**

- În d.m.s. tulburările perceptive sunt importante dar ele constau predominant în dissemnificarea unor percepții (trăiri) normale sau a unor iluzii.
- Același rol îl pot juca : halucinațiile funcționale în care există un fond informativ nediferențiat ce se structurează perceptiv halucinator (e.g. pe fundalul zgomotului unei mașini subiectul percepe voci ce l se adresează; contururi vagi în semiîntuneric sunt percepute ca animale sau oameni).

-
- Halucinațiile propriu zise, structurate sunt resimțite predominant în domeniul vizual și auditiv
 - Vizual : modelul visului (cu ochii deschiși) a fost propus (Moreau de Tours, H.Ey) ca sugestiv pentru stările de delirium
 - Imaginarul viu și bogat ar întreține halucinații vizuale în stări de transă.
 - Auditiv : - modelul sonorizării gândurilor și a dialogului interior a fost propus (dar nu confirmat pentru toate cazurile).
 - Modelul tulburării limitelor între “spațiul subiectiv interior” și “spațiul obiectiv extern” este similar cu cel din interpretările fenomenelor de prim rang Schneider
 - Halucinoza conditionata organic (periferic, neurologic) se detaseaza de problematica psihopatologica dar ramane in aria problematicii psihotice

■ **A**-----**B**

- **A2.** Psihoza și simptomele de prim rang ale lui Kurt Schneider (s.p.r.S)
- K.Schneider (1944) a avut intuiția să reunească un grupaj de simptome pe care le-a indicat ca fiind de prim rang în diagnosticarea schizofreniei în lipsa unor tulburări organice.
- În prezent s-a clarificat că s.p.r.S nu sunt specifice schizofreniei putând apărea în toate psihozele funcționale (endogene). În sx. ele sunt doar mai intense și persistente, combinate cu simptome dezorganizante și negative.
- Ele sunt în prezent considerate cu sindrom special care exprimă tulburarea sinelui (self-ului) nuclear actual.

■ **Lista s.p.r.S este:**

- - voci care comentează
-
- - voci care discută sau

■ **argumentează**



- - sonorizarea gândirii
- - inserția gândirii



- - retragerea gândirii



- - înregistrarea gândirii



- - controlul voinței



- - controlul acțiunii



- - pasivitate somatică



- - percepția delirantă



O voce halucinatorie comentând propriile acțiuni la persoana a treia
Două sau mai multe voci halucinatori

~~care discută sau argumentează aspecte~~
le sinelui intim (owner)

A auzi propriile gânduri ca sonore
Inserția de către o sursă exterioară a unor gânduri ce nu mai sunt resimțite ca proprii

Retragerea gândurilor din minte de către o forță străină

Experiența că propriile gânduri sunt înregistrate astfel încât sunt accesibile altora

experiența că propria voință e controlată de forțe exterioare

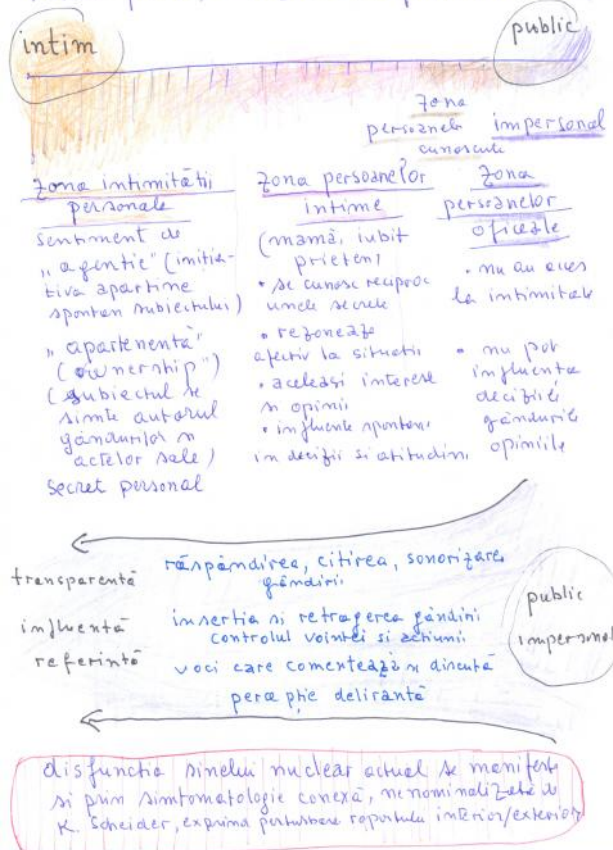
Experiența că actele executate de propriul corp sunt acțiuni ale unei agenții exterioare și nu ale propriului sine

Funcțiile corporale sunt controlate de către influențe străine

Atribuirea unei semnificații total neadevurate unei percepții normale

spr. S

Aspectul esențial al tulburării sprS constă în perturbarea arhitectonicii de relaționare la alte persoane pe diagrama 'intim-public, în rezolvarea problemelor actuale





1. Controlul intimității prin supraveghere

În mod normal subiectul controlează accesul altora la informațiile intime despre el și are sentimentul (convingerea) că se poate proteja de intruziunea altora; mai ales de curiozitatea străinilor și a persoanelor oficiale.

Psihopatologic întâlnim :

sentimentul punerii sub supraveghere:

trăiri senzitiv relaționale (alții nu privesc în mod deosebit);

convingeri de urmărire;

convingeri de supraveghere a intimității prin aparate (fotografie, camere video, microfoane, înregistrarea convorbirilor);

sentimentul cunoașterii intimității prin simptomele de transparentă din s.p.r.S.:

citirea gândirii; - răspândirea gândirii; - sonorizarea gândirii; - supravegherea gândirii.

halucinații auditive comentative; uneori se pot orienta și spre dirijare imperativă.

-
- Controlul inițiativei (în gândire și acțiune) prin influență
 - Ele se manifestă prin s.p.r.S. ca : - inserția gândirii; - retragerea gândirii; - dirijarea comportamentelor (global și sectorial); - impunerea emoțiilor; - pasivitate somatică.
 - Influențarea gândirii (a ideilor, opțiunilor, opiniilor, atitudinilor) e un fenomen normal din partea persoanelor intime de atașament (a mamei pentru copil, a soției, iubitei, prietenului intim). Fenomenul de obicei nu e conștientizat. În schimb subiectul are constant sentimentul că se poate opune sugestiei și impunerii gândurilor din partea străinilor și oficialităților.

-
- Simptomele de referință (distorsiunea semnificațiilor situației actuale în perspectiva “centralității”)
 - Subiectul normal are sentimentul că poate controla informațiile actuale în cursul rezolvării situațiilor problematice.
 - În dezorganizarea psihotică se produce o distorsiune perceptivă, subiectul simțindu-se invadat de semnificații necontrolabile. Apar:
 - simptome de referință simple : obiecte, culori, cifre, evenimente atmosferice apar ca având o semnificație specială, ascunsă.
 - Simptome de referință interpersonală : gesturile, expresia, cuvintele altora, afirmațiile de la radio, TV, din presă, îi apar subiectului că mesaje misterioase ce i se adresează.
 - Dispoziția delirantă : subiectul are impresia că tot ce se întâmplă are o legătură cu el (“centralitate”), ca urmează să i se întâmple ceva excepțional.
 - Delirul primar se instituie brusc pe acest fond, printr-o percepție corectă ce capătă o semnificație specială (“percepție delirantă”).

A₁ s.p.r.S.

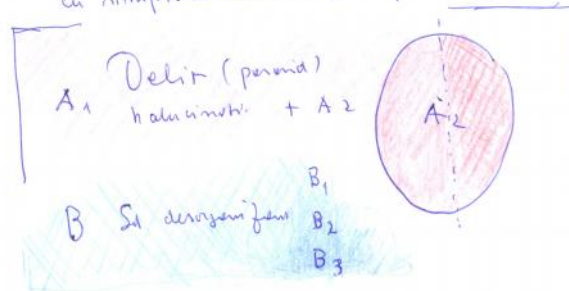
rezumat

s.p.r.S. indică o disfuncție a sinelui nuclear actual, care asigură rezolvarea situațiilor problematice, gestionarea inițiativă și auto-controlul în relaționarea intim-public.



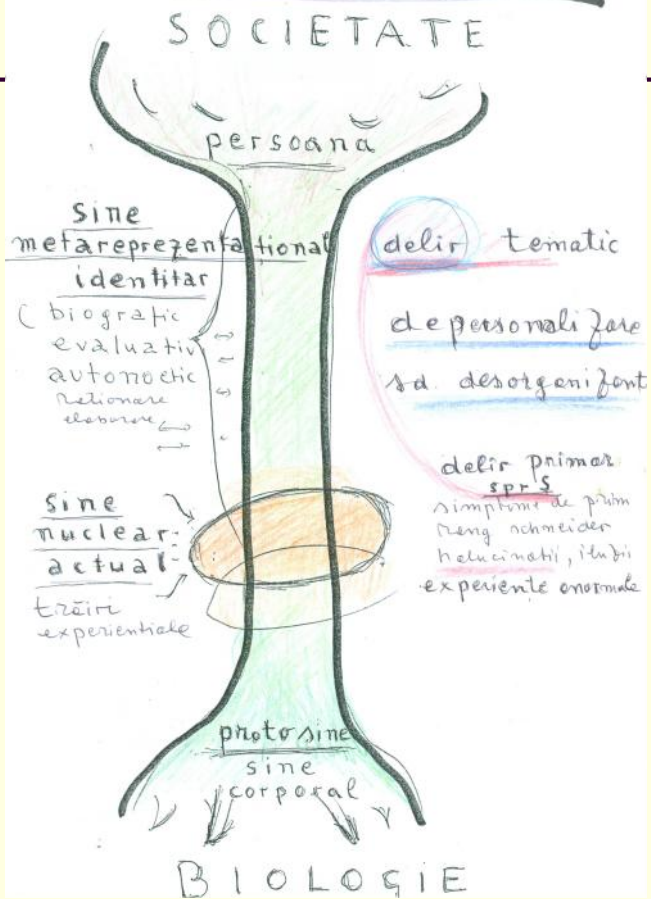
paranoidia de tip schizofren

conține din dublarea delirului (paranoid) și simptome din întreg complexul s.p.r.S.



în schizofrenie complexul paranoid se combină cu simptome dezorganizate inclusiv dezorganizare semantică + abstractă

arborul Sineei ("self")



A

B

B. SINDROMUL DEZORGANIZANT

- Dezorganizarea a fost notată de la început ca specifică schizofreniei stând la baza ideii lui Bleuler de fragmentare (schizis) și de ambivalența-disociație (spaltung). Ea e menționată în Glosarul DSM-IV-TR în varianta comportamentului și limbajului.
- Catatonia se manifestă și ea dezorganizant prin stereotipii, manierisme și comportament nemotivat.
- Concepția anilor 80 care a partajat schizofrenia în pozitivă și negativă ca plasat sd, dzg predomină în schizo+ (Andreasen). Studiile lui Liddle de la începutul anilor 90 a reimpus independența acestei dimensiuni, fapt acceptat actualmente.
- Se pune în problema sd. dzg ca o caracteristică a patologiei psihotice în general și nu doar a schizofreniei. Manifestarea ca stereotipia, distorsiunea procesării informației, depersonalizarea și pierderea coerenței acțiunii țintite, se întâlnesc în tablouri psihotice variate.

-
- **A**-----**B**
- In urma studiilor cognitive și fenomenologice din ultimele decenii sd.dzg. poate fi comentat pe trei perspective interconectate.
 - Incoerența vorbirii și comportamentul dezorganizat, de care amintește DSM-IV-TR (lipsa de logică, scop, argumentare, sens, semnificații, comprehensiune).
 - Depersonalizarea (exprimând perturbarea limitelor sinelui).
 - Deficiențe ale filtrării ierarhizate a informației (ale filtrului informațional – f.i. – realizat de atenție, percepție, memorie) care conduce la reducerea intereselor, fixism și stereotipii.
 - Ultimul aspect a fost cel mai studiat în anii din urmă, ca țintă asupra tulburărilor neurocognitive și a perturbării funcției “coerenței centrale”; aceste tulburări se întâlnesc și în autism dar sunt evidente în catatonie și sd. dezorganizant.

-
- Vom începe comentariul sd.dz. cu aceste aspecte și anume :
 - B.1. Stereotipiile, fixismul și tulburările filtrului informațional;
 - B.2. Depersonalizarea;
 - B.3. Incoerența în acțiune, gândire și vorbire (deraierea de la obiectivul țintă).

■ **A**-----**B**

- B.1. Tulburările filtrului informative (f.i.) și stereotipiile. Stereotipiile, ca repetiții identice nemotivate și fără scop se manifestă în comportamentul motor și lingvistic; ele sunt corelate cu simptome ca: perseverarea, hiperelaborarea, manierisme, unele compulsii și ritualuri. De asemenea se corelează cu:

- - intoleranța la schimbare (a ambianței fizice și umane, a situației), cu “fixism”, “tradiționalism” etc.;
- - preocupare exagerată față de detalii și părți, cu dificultatea perceperii ansamblurilor, a relației parte/tot.

- Aceste aspecte au condus la studierea filtrului informative (f.i.) în care interacționează atenția – percepția – memoria de lucru, în căutarea informației utile și structurarea percepției ca formă și semnificație. E activată funcția “coerenței centrale”.

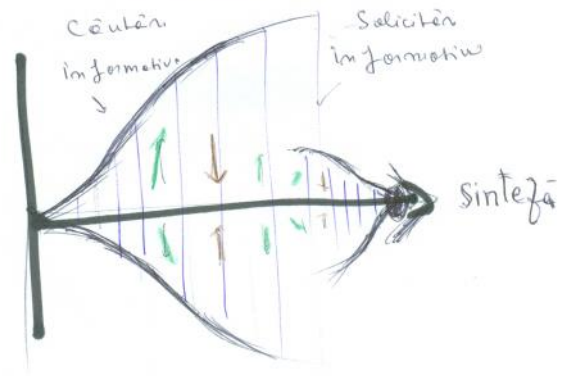


■ **A**-----**B**

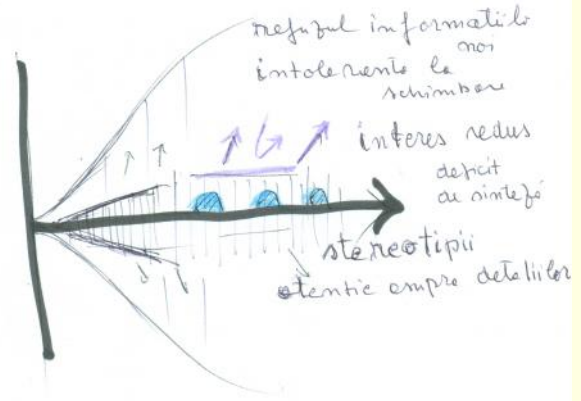
- B1. După 1960, cognitivismul (Broadbent, McGhie and Chapman Frith) a lansat ipoteza generală că psihismul și creierul au o capacitate limitată de prelucrare a informației actuale. Aceasta înseamnă :
 - - concentrarea selectivă a atenției doar pe câteva din informațiile oferite sau pe informații căutate în mod special;
 - - plasarea informațiilor selectate pe un fundal informativ extern și mneștic ierarhizat, în funcție de importanța pentru sarcina actuală
 - - articularea informației decupate cu un proiect în care subiectul e angajat;
 - - menținerea unei mobilități care să permită accesul la date noi sau să schimbe evaluarea ierarhică.
- Ansamblul acestui proces cognitiv al f.i. presupune capacitatea de a diviza un întreg în părți articulate ierarhic și evaluarea constantă a ceea ce e sau nu importantă.

-
- **A**-----**B**
 - B1. Dacă capacitatea (volumul) f.i. e redus, apar ca strategii :
 - reducerea țintirii pe ansambluri mai mici sau pe detalii
 - explorarea întregului prin parcurgerea succesivă a detaliilor
 - refuzul unui volum mare de informații (rezistența la schimbări)
 - manifestări repetitive, stereotipe
 - eforturi voluntare pentru a controla volumul informațiilor, menținerea ierarhizării valorice a acestora și sinteza întregului (ca formă și semnificație)
 - În lipsa acestui efort creierul și psihismul sunt bombardate cu informații neesențiale; acestea se corelează aleator-dezordonat, contaminându-se; se ajunge la neînțelegerea situației, epuizarea astenică, imposibilitate de coordonare organizată a cogniției și acțiunii = dezorganizare.
 - Această ipoteză a tulburării f.i. a fost studiată în schizofrenie, autism, obsesionalitate.

Filtrul informational



Deficiență a capacității f.i



deficit de „Coerență Centrală”

■ **A**-----**B**

- B1 In schizofrenie s-au făcut multe studii în direcția neurocogniției, acordându-se mare atenție memoriei de scurtă durată (working memory). Keffe a propus ca deficitul neurocognitiv să fie introdus între criteriile de diagnostic. Acesta apare ca și marker de vulnerabilitate, poate întreține simptomatologia și împreună reabilitarea vocațională.
- In schizofrenie catatonă (și dezorganizantă) se întâlnesc :
 - - stereotipii de mișcare (în agitație) și de postură;
 - - manierisme;
 - - intoleranța la schimbare;
 - - atenția acordată detaliilor;
 -

-
- **A**-----**B**
- In obsesionalitatea gravă s-au înregistrat simptome ca :
 - atenția exagerată acordată detaliilor
 - intoleranța la schimbare cu preocuparea anormală față de ordine și tradiționalism
 - tendința la perseverare-stereotipii-manierisme
 - deficiențe în decizie și finalizare, cu un excesiv autocontrol.
 - Obsesionalitatea se articulează parțial cu simptome ale sx.dezorganizante și ale autismului, exprimând deficiențe ale f.i. și c.c. Încă Minkowski (1923) a descris cazuri intermediare între schizofrenia bleuleriană și obsesionalitatea gravă, cazuri ce se descriu și în prezent.

■ **A**-----**B**

B1

(B2)

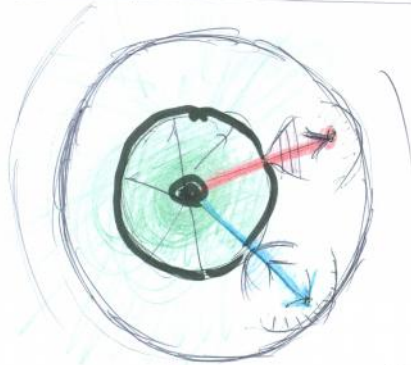
B3

- B2. Depersonalizarea = disstructura limitelor și coerenței intenționale a sinelui identității (sine metareprezentational). Identitatea cu sine și distincția de alții și de lume (cu care e corelat și interacționează) reprezintă o dimensiune esențială a persoanei conștiente, având la bază tot "coerența centrală", care se desfășoară însă în alt plan ca în cazul deficienței de filtru a informației.

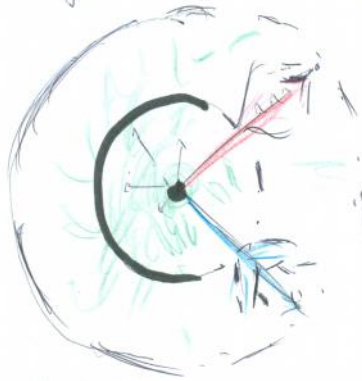
-
- Sd. depersonalizant a fost evidențiat constant în schizofrenie (Jaspers – Scharfetter) prin simptome ca :
 - - iluzii de schemă corporală;
 - - sentimentul pierderii limitelor corporale și psihice;
 - - sentimentul pierderii identității și transformării eului;
 - - sentimentul lipsei coerenței interioare (psihocorporale);
 - - devitalizarea corporală, anemotivitate;
 - - anafectivitate, stare anhedonică și amotivațională.

-
- Sd. depersonalizant a fost descris de Janet în psihastenie (tulburarea obsesiv compulsivă gravă) dar și în depresia gravă, melancolică, în care subiectul “simte că nu mai are sentimente” (e “împietrit”, ca “de gheață”) și în alte ipostaze.

De personalizarea

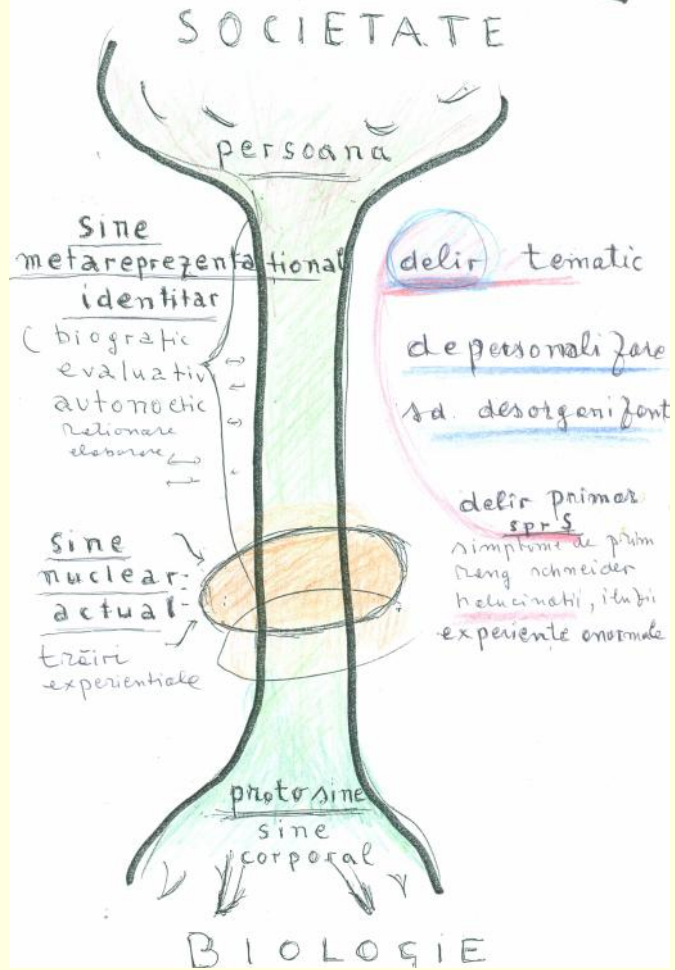


deficitul delimitării



deficit de coerență centrală

arborale Sineei ("self")



-
- Sentimentul pierderii limitelor din sd. depersonalizant aplatizează distincția interior/exterior, dar în altă modalitate decât în s.p.r.S.
 - Coerența centrală a identității persoanei se relaxează, se dideferențiază.
 - Depersonalizarea se însoțește de obicei de alterarea intenționalității : sd. apatic, amotivațional, anafectiv, anhedonic “hiperreflexiv” (conștiința dureroasă că nu poate trăi sentimente și bucurii).
 - Depersonalizarea nu e clar nominalizată în Glosarul DSM-IV-TR deoarece e dominată de trăiri subiective.

- B3 Dezorganizarea, incoerența gândirii și vorbirii (deraierea) și a acțiunii motivate, cu scop.
- Este vorba de pierderea coerenței unui comportament ce vizează un obiectiv, o țintă : o acțiune practică, o comunicare verbală, un proces de inferență rațională, redactarea unui text sau a unei opere.
- E alterată legătura cu baza motivațional – intențională și cu sensul semnificant; astfel, comportamentul și vorbirea apar ca lipsite de logică, incompreensibile.
- Dezorganizarea ideo-verbală de diverse intensități, începând cu relaxarea coerenței țintite, a fost descrisă de Andreasen în Scala sx.pozitiv:
 - gândire și vorbire circumstanțială;
 - relaxarea și pierderea obiectivului gândirii și vorbirii;
 - gândire și vorbire ce deraiază;
 - gândire și vorbire incoerentă și aluzivă, caz în care intervine și dezorganizarea semantică precum și simptomatologia stereotipiei (perseverare, manierisme, sărăcirea conținutului gândirii).

Desorganizarea semantică

Aceasta e specifică schizofreniei fiind distinctă de derezierea gândirii în vorbire, care exprimă pierderea obiectivului comunicant; și care se poate corela cu fuga de idei maniacale

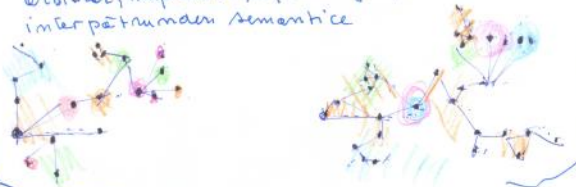
Un model explicativ l-a propus Mahler (1983) prin invocarea "câmpului semantic"

În mod normal când apare în prim plan un cuvânt, o expresie sau un element semantic se activează o rețea de "moduri" semantice, deschizând astfel un "câmp semantic accesibil, u e plin de gândire"



Unele direcții se blochează iar altele se dezvoltă apropiindu-se de concluzie

În desorganizare activarea rețelei se face haotică, arbitrar, imprevizibil; apar atingeri, diluări și interpătrunderi semantice



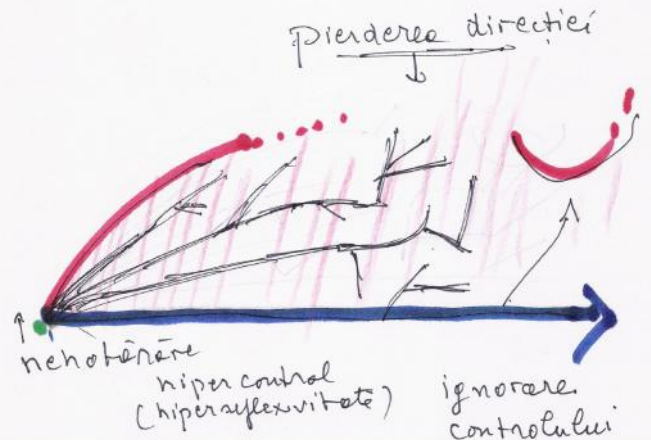
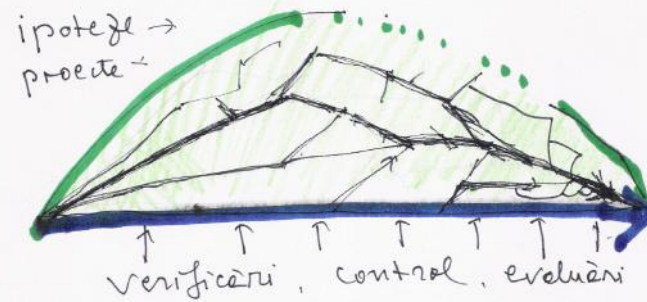
În schizofrenia desorganizarea semantică poate fi simțită dintr-un concret și obscur; cu tendință la "abstracții goale"

■ **A**-----**B**

■ Dezorganizarea motivațional – comportamentală se manifestă prin :

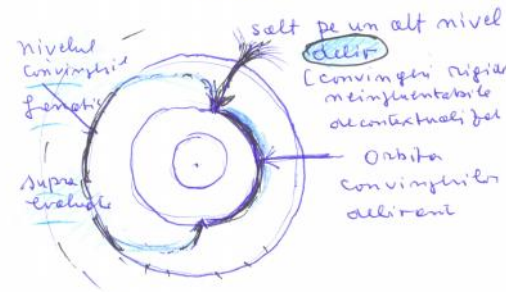
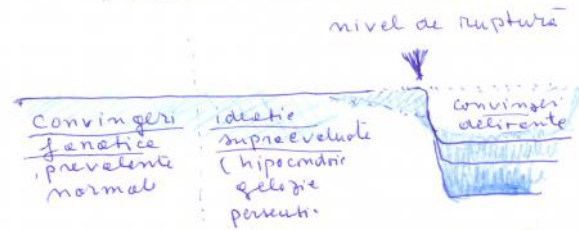
- comportament și expresii neadecvate ritualice;
- comportament (apparent) nemotivat;
- comportament motivate bizar;
- indecizie, ambivalență, ambitendență;
- se adaugă – stereotipii (de mișcare și poziție), manierisme și alte manifestări ale sd, cataton.
- Dezorganizarea gravă a comportamentului din catatonie și schizofrenia dezorganizantă combină două direcții ale dezorganizării psihice : cele correlate pierderii direcției, scopului (B3) și cele care derivă din tulburarea f.i. (B1), ca stereotipiile, manierisme etc.

Când se fixează un obiectiv
(teoretic sau practic) se deschide un
câmp în care se configurează proiecte
pe măsură ce acțiunea se apropie
de final, câmpul se restrânge



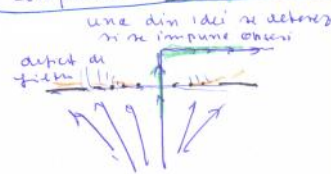
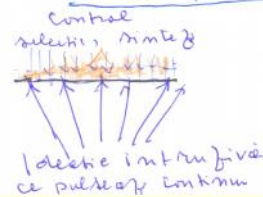
-
- Sindromul dezorganizant care se întâlnește în psihoze (schizofrenie) și în obsesionalitatea gravă, este caracteristic și autismului Kanner și spectrului autist.
 - În prezent există cercetări importante, inclusiv în perspectivă evoluționistă, privitor la diferențele și corelațiile între “psihoze și “autism”. Pentru ca cercetările să progreseze fructuos, sunt necesare definiții operaționale în domeniu, deoarece sd.dz. se manifestă și în unele psihoze și în autism.

Problema continuumului intru normalitate si delir



Studiile epidemiologice (van Os et al) indica ca 5% din populatia generala are trambitoni ideatie delirant

Situatie poate fi comparata cu obsesionalitatea



C

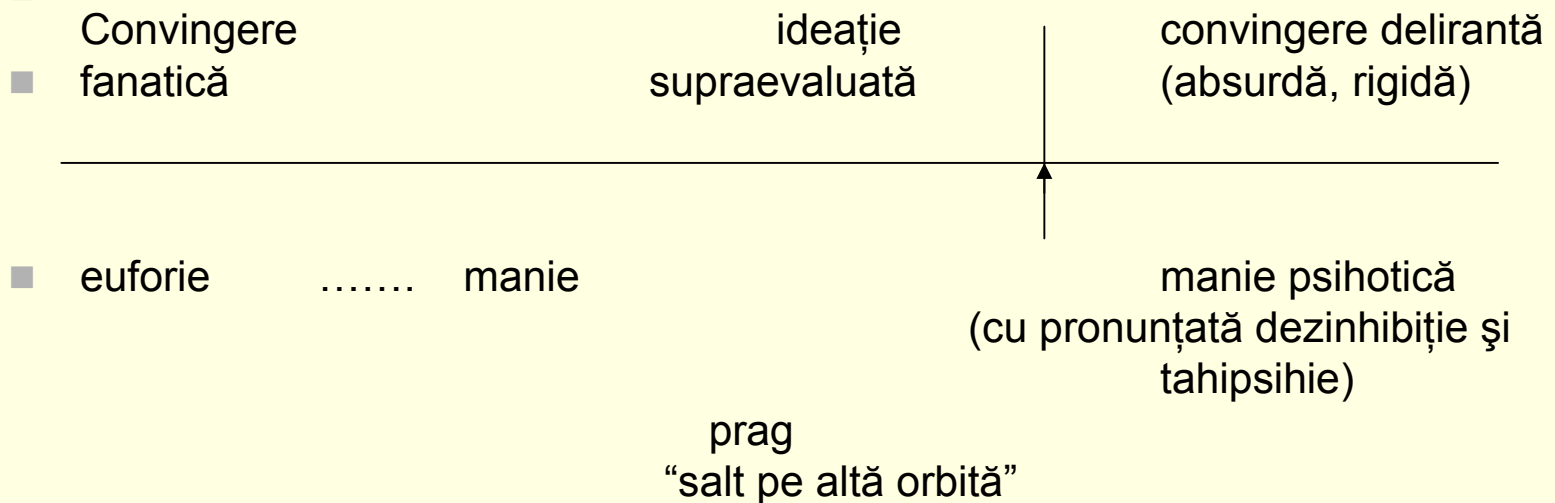
C. Depresia și mania (bipolaritatea) au fost inserate tradițional, după Kraepelin, în psihoza (endogenă) maniaco-depresivă. Descreri și analize convingătoare pentru această abordare se găsesc în :

F.K. Goodwin K.R. Jamison
Manic Depressive Illness
Bipolar Disorders and Recurrent Depressions
Oxford University Press 2007

- Dispoziția afectivă maniacială și cea depresivă pot atinge o modalitate și intensitate psihotică prin depășirea unui prag (salt) în ceea ce privește parametrii :

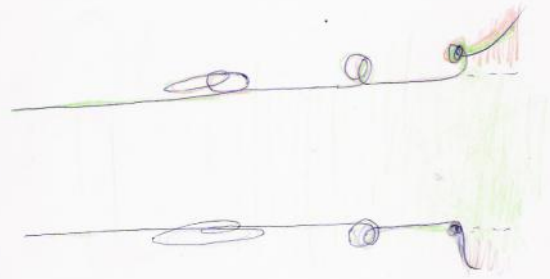
- inhibiție -----dezinhibiție
- bradipsihie-----tahipsihie

La fel ca în cazul delirului, continuumul se cere deci depășit de un prag

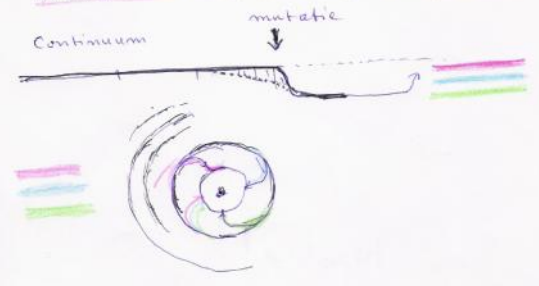


-
- Aspectul specific al patologiei psihotice dispoziționale (maniaco-depresive) consta în accentul pus pe derularea temporală, atât în cursul episodului cât și în reluarea ciclică a episoadelor.
 - În delir – accentul e pus pe tematizarea poziționării subiectului în raport cu alții, lumea și sine
 - În dezorganizare – accentul e pus pe dezordinea ierarhiei delimitate și orientate a psihismului
 - Acceptarea maniei și depresiei psihotice, în afara prezenței sd. delirant, e o problemă teoretică și de cercetare empirică cu care se confruntă psihiatria actuală, stimulată și de utilitatea neurolepticelor în tratamentul bipolarității.

Ipoteza unei stări psihotice
dispoziționale prin modificarea parametrilor
autocontrolului (desinhibiție/inhibiție) și a
scării temporale (tahipsihie/bradipsihie)



Ipoteza psihozei ca mutație sau salt
(„ruptură”) pe o altă orbită inferioară
În principalele entități simptomatice
delirant-halucinator; disorganizat; dispozițional

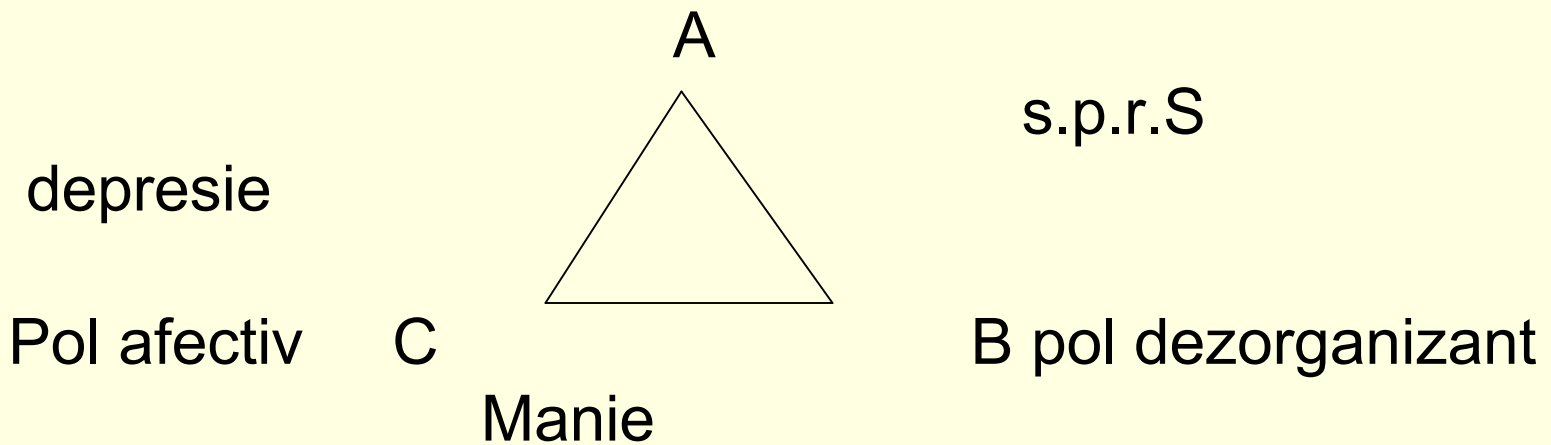


- In prezent, conform DSM-III-IV, psihoza poate fi adăugată ca diagnostic a unor forme clinice care prezintă delir :

■ Manie cu ideație megalomană	Manie cu temă delirant megalomană
■ Depresie cu ideație de vinovăție	Depresie cu temă delirantă de vinovăție
■ Nivel de ruptură de “salt pe o altă orbită”	
■ Tradițional s-a mai acceptat variante psihotice de manie și depresie și în contextual prezenței sd. dezorganizant	
■ Manie cu fugă de idei	M.cu dezorganizare ideo-verbală semantică
■ Depresie inhibată	Melancolie depersonalizantă (sentimentul anhedonic că nu mai poate avea sentimente)
■ Depresie stuporoasă	D. cu stereotipii și manierisme Catatonie

- Simptomatologia psihozelor (endogene) poate fi sistematizată ca distribuită între 3 poli

Pol delirant halucinator



- Autismul (și spectrul autist) ca nede dezvoltare a unor capacități psihice, se apropie de polul dezorganizant

-
- Actualul program în derulare de “deconstrucție” – și reconstrucție – a psihozei (a conceptului de psihoză) are nevoie de definiții operaționale, inclusiv în ceea ce privește simptomatologia pe care o are în vedere atunci când recurge la cercetări empirice.
 - Intrebări și probleme ce se cer clarificate și asupra cărora trebuie să se ajungă la un consens explicit, sunt :
 - A. Corelația între delir, distorsiune perceptivă, halucinații și s.p.r.S.
 - B. Fațetele sd. dezorganizant și corelația lor cu s.p.r.S. cu delirul, mania și depresia.
 - C. În ce condiții mania și depresia pot fi etichetate ca făcând parte din clasa psihozelor în absența A și B.
 - În plus, se cere ținut cont de viziunea continuumului, a rupturii (saltului pe altă orbită) și a parametrilor temporali.

4. Abordări actuale ale psihozei din perspectiva fenomenologică și biologic-cerebrală

- DSM-IV-TR pune accentul pe simptomatologia pregnantă, halucinator delirantă și predominant comportamentală : ex. vorbire dezorganizată, comportament serios dezorganizat și cataton.
- Tradiția psihopatologiei clinice, începând de la Jaspers, a fost să acorde importanță mai ales simptomatologiei subiective. Faptul e valabil și pentru psihoze : delirul, halucinațiile, depresia, etc., sunt trăiri predominant subiective. De aceea s-a dezvoltat o cercetare fenomenologică a psihozelor inițial după metodologia lui Husserl. O sinteză importantă este cartea :

Artur Tatossian
Phenomenologie de la psychoses
Masson, Paris, 1979

E de subliniat că pentru schizofrenie a fost deosebit de importantă descrierea subiectivă a delirului primar, mai ales pe baza ideii de anastrofă, în cartea clasică a lui Conrad. Dar și simptomatologia de prim rang a schizofreniei descrisă de K.Schneider constă în simptome exclusiv subiective.

-
- In anii 70 ai sec.XX școala din Bonn condusă de Huber, după ce a studiat evoluția pe termen lung a schizofreniei, a elaborat o scală de evaluare pentru depistarea persoanelor vulnerabile la această boală. Chestionarul se referă la trăiri subiective care pot precede cu mulți ani apariția bolii, constituind simptome bazale. Această simptomatologie a fost reactivată de neofenomenologi (Parnas și Sass) – Scala EASE (Examination of Anomalous Self-Experience) fiind mult utilizată în prezent.

Looking at the Schizophrenia Spectrum Through the Prism of Self-disorders: An Empirical Study

Andrea Raballo¹⁻⁴, Ditte Sabye⁵, and Josef Parnas^{3,6}¹Danish National Research Foundation, Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Njalsgade 140-142, Building 25, 2300 Copenhagen S, Denmark; ²Department of Psychiatry, Psychiatric Center Hvidovre, University of Copenhagen, Hvidovre, Denmark; ³Department of Mental Health, Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italy; ⁴Statistical Unit, Institute of Preventive Medicine, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

Nonpsychotic anomalies of subjective experience were emphasized in both classic literature and phenomenological psychiatry as essential clinical features of schizophrenia. However, only in recent years, their topicality with respect to the construct validity of the concept of the schizophrenia spectrum has been explicitly acknowledged, mainly as a consequence of the increasing focus on early detection and prevention of psychosis. The current study tested the hypothesis of a specific aggregation of self-disorders (SDs, various anomalies of self-awareness) in schizophrenia-spectrum conditions, comparing different diagnostic groups; 305 subjects, previously assessed in the Copenhagen Schizophrenia Linkage Study, were grouped into 4 experimental samples, according to their *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Third Edition Revised) main diagnosis: schizophrenia ($n = 29$), schizotypal personality disorder ($n = 61$), other mental illness not belonging to the schizophrenia spectrum ($n = 112$), and no mental illness ($n = 103$). The effect of diagnostic grouping on the level of SDs was explored via general linear model and logistic regression. The diagnosis of schizophrenia and schizotypy predicted higher levels of SDs, and SDs scores were significantly different between spectrum and nonspectrum samples; the likelihood of experiencing SDs increased as well with the diagnostic severity. The findings support the assumption that SDs are a discriminant psychopathological feature of the schizophrenia spectrum and suggest their incorporation to strengthen its construct validity, with potential benefit for both early detection and pathogenetic research.

Key words: schizophrenia-spectrum/psychosis/
anomalous self-experience/vulnerability phenotype/
diagnosis

Introduction

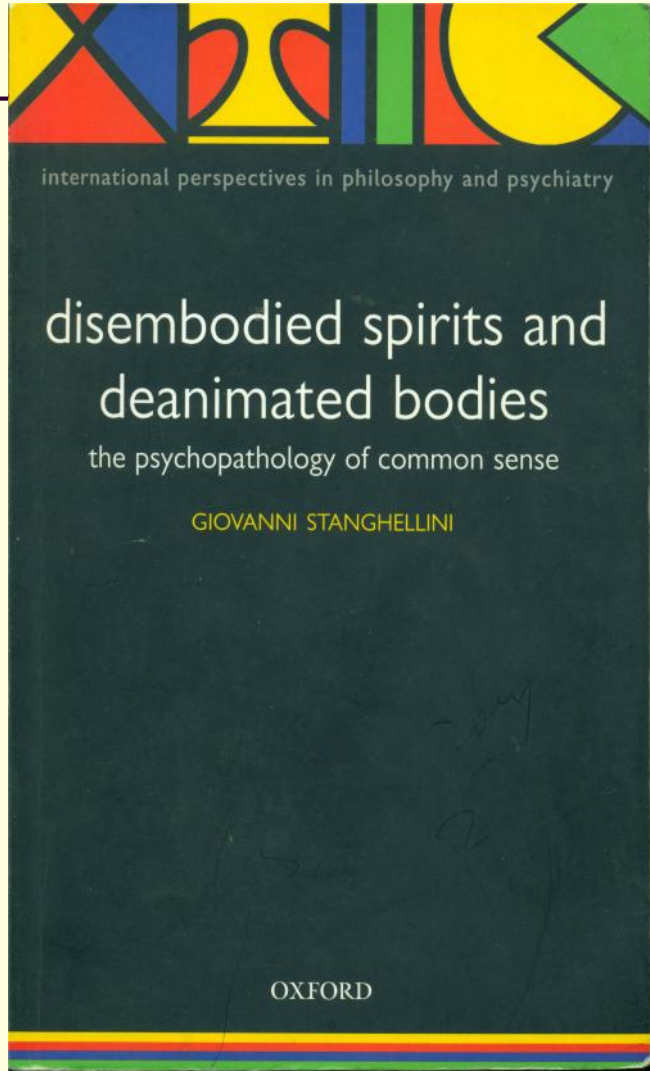
The notion of self is absent in the current descriptions and diagnostic criteria for schizophrenia (*International Classification of Diseases, Tenth Revision* [ICD-10], *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [Fourth Edition, Text Revision]). In fact, the notions of *self*, *self-awareness* (self-consciousness), and sense of *identity* have largely disappeared from the mainstream psychopathological vocabulary.

This descriptive lacuna is rather mysterious because profound and various transformations of the sense of self have been noted for long in schizophrenia and its spectrum conditions, i.e. schizoidia, replaced by schizotypy (for a detailed review, see Parnas and Handest¹ and Parnas et al²). The anomalies of the *sense of self* were considered as fundamental or core subjective clinical manifestations of schizophrenia since its earliest descriptions (see Sass and Parnas³ and Parnas and Handest⁴). Indeed, the Kraepelinian metaphor of "orchestra without a conductor," which pointed to the "loss of inner unity" of consciousness, was echoed in the writings of nearly all prominent classic schizophrenia researchers.⁴⁻⁶

Thus, Bleuler⁶ observed that "the most manifold alterations" occurred to the patient's ego, including splitting of the self and loss of feeling of agency or of the mastery to direct thoughts, pointing to a "basic disorder" of personality. Most notably, however, Berze⁷ (an Austrian psychiatrist) proposed that a subtle alteration of self-consciousness ("primary insufficiency"), i.e. a peculiar and *perspective experience of diminished transparency and affectability of awareness*, was the *primary disorder* of schizophrenia, a claim that Berze backed up with quite impressive empirical data. Fine-grained explorations of the pathology of the self were also performed in phenomenological psychiatry.⁸⁻¹⁰ However, these contributions remained virtually unknown on the international stage and were never referred to in the scientific debate, despite an arrival of uniquely original Anglophone studies in the 1960s and 1970s.¹¹⁻¹⁴

¹To whom correspondence should be addressed; tel: +45-35-32-86-86, fax: +45-35-32-86-81, e-mail: arnr@ham.ku.dk.

-
- In ultimul deceniu s-a dezvoltat intens o școală neofenomenologică de studiere a psihozelor (schizofreniei) din perspectiva trăirilor subiective, în conjuncție cu cognitivismul (perspectiva persoanei întâi). Această școală publică monografii, are o revistă și o bibliotecă specială la Editura Oxford University Press.
 - Neofenomenologia s-a dezvoltat pornind de la ultimele idei ale lui Husserl dezvoltate de Merleau Ponty (în Phenomenologie de la Perception) privitor la intersubiectivitatea intercorporală.
 - Aceste idei stau la baza studiilor actuale de psihopatologie developmentală privitoare la intersubiectivitatea relațiilor mamă copil ce se dezvoltă imediat după naștere, și a căror perturbare conduce la autism și schizofrenie. Pe această temă e scrisă cartea lui Stanghelini.



-
- O altă direcție importantă de studiu actual fenomenologic al schizofreniei este cea inițiată de Sass și Parnas, privitoare la hiperreflexie și deficiențe de “acordare afectivă”, intersubiectivă, dintre copil și mamă.
 - Direcția fenomenologică, ce pune accentul pe subiectivitate completează cu date importante efortul actual de studiere a psihozelor, în colaborare cu orientarea doctrinară cognitivă.

Shaun Gallagher
Daniel Schmicking
Editors

**Handbook of
Phenomenology
and Cognitive
Science**

 Springer